



Zusammenfassung der EBM-Änderungen mit Wirkung zum 01.01.2018

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner 411. Sitzung und der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) in seiner 53. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01.01.2018 beschlossen. Wegen der Kurzfristigkeit der Bekanntgabe bitten wir auf diesem Wege um Beachtung.

1. Aufnahme von Leistungen für das Notfalldatenmanagement in den EBM

Für die Erstellung, Aktualisierung und Löschung von Notfalldatensätzen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurden drei Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen:

- GOP 01640 (80 Punkte, einmal im Krankheitsfall) „Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt für die Anlage eines Notfalldatensatzes“
Die GOP kann nur berechnet werden, wenn auf der eGK noch kein Notfalldatensatz mit medizinisch relevanten Informationen vorhanden ist und notfallrelevante Informationen (Diagnose, Befunde, Medikation u. ä.) existieren.
- GOP 01641 (4 Punkte, einmal im Behandlungsfall) „Zuschlag zu allen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt für die Überprüfung und Aktualisierung eines Notfalldatensatzes“
Der Zuschlag wird von der KV quartalsweise zugesetzt.
- GOP 01642 (1 Punkt, einmal im Behandlungsfall) „Löschen eines Notfalldatensatzes“
Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten kann der Notfalldatensatz von der eGK gelöscht werden. Im Falle des Löschens eines Notfalldatensatzes ist die (Wieder-)Anlage nach der GOP 01640 in den drei Quartalen, die der Berechnung der GOP 01642 unmittelbar folgen, ausgeschlossen.

Voraussetzung für die Abrechnung der drei neuen GOP ist, dass die Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind und über die notwendige Technik für das Notfalldatenmanagement verfügen.

2. Aufnahme von Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung für Urologen und Gynäkologen in den EBM

Für die ärztlichen Aufwände im Zusammenhang mit der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie bei den Indikationen

- idiopathische überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben
- Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose

wurden jeweils Gebührenordnungspositionen in die Abschnitte 8.3 und 26.3 des EBM aufgenommen:

- GOP 08312 bei Gynäkologen/GOP 26316 bei Urologen (282 Punkte, je vollendete 10 Minuten) „Zuschlag zur Zystoskopie (GOP 08311/GOP 26310 und GOP 26311) für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin“
Voraussetzung für die Abrechnung ist eine Genehmigung der KV. Der Zuschlag ist parallel zur Zystoskopie und je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig. Jede GOP kann insgesamt fünfzehnmal im Krankheitsfall berechnet werden.
- GOP 08313 bei Gynäkologen/GOP 26317 bei Urologen (143 Punkte, einmal am Behandlungstag) „Zuschlag zu den GOP 08312/GOP 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin“
Die Nachbeobachtung nach erfolgter Therapie mit Botulinumtoxin muss für mindestens 30 Minuten erfolgen. Jede GOP ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.



Zudem wurde eine Sachkostenpauschale in den EBM-Abschnitt 40.5 aufgenommen. Die GOP 40161 ist für die beim Eingriff eingesetzten zystoskopischen Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter berechnungsfähig.

Die Kennzeichnung der Zytoskopien nach den GOP 08311, GOP 26310 und GOP 26311 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, ist mit dem bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichen „T“ zu kennzeichnen.

3. Anpassung der GOP 01630 für die Erstellung eines Medikationsplans

Die GOP 01630 wurde dahingehend angepasst, dass sie unter Beachtung der sonstigen Abrechnungsbestimmungen und -ausschlüsse auch dann berechnet werden kann, wenn in einem der Vorquartale der Zuschlag zur Chronikerpauschale bzw. zur Grundpauschale für den Medikationsplan nach den GOP 03222, 03362, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 abgerechnet wurde.

4. Verlängerung der vereinbarten Übergangsregelung zur konventionellen und telemedizinischen Schrittmacherkontrolle (GOP 04413 bis GOP 04416/GOP 13573 bis GOP 13576)

Bis spätestens zum 31.12.2017 sollte die bestehende Qualitätsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle aktualisiert und eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) eingeführt werden. Da die Beratungen weiterhin andauern, wird die Übergangsregelung zur Abrechnung der GOP 04413 bis GOP 04416/GOP 13573 bis GOP 13576 bis 30.06.2018 verlängert.

5. Höhere Bewertung der Hörgeräteversorgung und Entfristung verschiedener GOP im Kapitel 9 und Kapitel 20

Die Hilfsmittel-Richtlinie wurde im Abschnitt C „Hörhilfen“ um eine Testung mit dem Freiburger Einsilbertest im Störschall zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungsergebnisses erweitert. Da die Diagnostik vor der Hörgeräteverordnung und die erste Nachuntersuchung sowie das Nachsorgen nach der Verordnung von Hörgeräten hierdurch umfassender und zeitaufwendiger sind, wurden die Bewertungen der GOP für die Hörgeräteversorgung erhöht:

GOP	Bewertung in Punkten	
	bis 31.12.2017	ab 01.01.2018
09372/20372 Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	469	494
09373/20373 Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	401	523
09374/20374 Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen	347	452

Zudem wurden die obligaten Leistungsinhalte der GOP 09372/GOP20372, GOP 09373/GOP20373 und GOP 09374/GOP 20374 um den Verweis auf die Hilfsmittel-Richtlinie ergänzt.

Des Weiteren wurden die Leistungen zur Therapie des Nasenblutens, zur Diagnostik des Tinnitus, zur postoperativen Behandlung nach chronischer Sinusitis und nach Tympanoplastik des Typs II und V sowie für die Verordnung und Nachsorge im Rahmen der Hörgeräteversorgung entfristet und stehen nun zur Verfügung.



6. Verlängerung der vereinbarten Übergangsregelung von humangenetischen Leistungen (GOP 11235 und GOP 11236)

Bis spätestens zum 01.01.2018 sollte eine Qualitätsvereinbarung eingeführt werden. Da die Verhandlungen weiterhin andauern, wird die Übergangsregelung zur Abrechnung der GOP 11235 und GOP 11236 bis 31.12.2018 verlängert.

7. Änderung der Bestimmung des Abschnitts 19.4.3 EBM

Die Facharztgruppen, welche die Leistungen im Abschnitt 19.4.3 des EBM veranlassen können, wurden um die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie ergänzt.

8. Aufnahme einer pathologischen Leistung in den Abschnitt 19.4.4 EBM

Für die Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom unter Verwendung von freien Nukleinsäuren im Plasma wurde die indikationsbezogene GOP 19460 in den EBM und als weitere Ausnahme in die Bestimmung 19.4 Nr. 1 Satz 2 aufgenommen.

Den genauen Wortlaut der Beschlüsse können Sie im Internetportal des Institut des Bewertungsausschusses <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.php> nachlesen.

Stand: 11.01.2018